

パスワード初期化依頼書(障がい)

令和 年 月 日

福島県国民健康保険団体連合会長 様

開設者
住所
氏名

障がい報酬の伝送請求に必要となるパスワードを紛失したため、初期化依頼を下記のとおり記入し提出いたします。

ユーザID	H	J	0	7									受付印	※連合会使用欄		
フリガナ																
事業所名	担当者名:															
フリガナ														受付印	※連合会使用欄	
書類送付先	〒				—								福島県			※開設者または事業所の住所以外には送付できません
喪失理由	電話	—														
注意事項	・初期化後、新たに発行されたパスワードを発送いたします。 ・新パスワード発行まで数日期间を要しますので御了承ください。 ・電子証明書発行用パスワードを紛失した場合は <u>障害者総合支援又は代理人電子請求受付システムより再発行ください。</u>															
備考																

送付先

FAX = 024-528-0989